

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

N° 231

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NICOL Jean

Né le 28 Octobre 1909, à Barrême (Basses-Alpes)

A PROPOS D'UN CAS DE
RÉTRÉCISSEMENT INFLAMMATOIRE DU RECTUM
D'ORIGINE LYMPHOGRANULOMATEUSE

Président de Thèse : M. L. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

ANNÉE 1938

N°

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

NICOL Jean

Né le 28 Octobre 1909, à Barrême (Basses-Alpes)

A PROPOS D'UN CAS DE
RÉTRÉCISSEMENT INFLAMMATOIRE DU RECTUM
D'ORIGINE LYMPHOGRANULOMATEUSE

Président de Thèse : M. L. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses.....	GREGOIRE
Clinique chirurgicale.....	LENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	BRINDEAU.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	MOCQUOT.
pédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	DEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	MATHIEU.
dulte	LAUBRY.
Clinique cardiologique	CROUZON.
Assistance Médico-Sociale.....	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Pathologie BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Pathologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physiologie DOGNON.
 Pathologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Pathologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Otorhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUEJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-UTAUT.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNEQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.
AUBERTIN.		BROCQ.
BRULÉ.		CADENAT.
CHABROL.		HEITZ-BOYER.
CHIRAY.		GATELLIER.
DONZELOT.		MOURE.
DUVOIR.		QUENU.
LIAN.		SCHWARTZ.
PASTEUR-VALLERY-		VELTER.
RADOT.		
SEZARY.		
		} Clinique chirurgicale
MM.	} Clinique obstétricale.	
ECALLE		
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL		
METZGER.		

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé
Radiologie clinique.....	LEDOUX-LEBARD.
Stomatologie.....	RUPPE
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de ma pro-
fonde affection et de ma
reconnaissance.*

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Inspecteur général des services techniques d'hygiène
à la Préfecture de police
Conseiller technique sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MON JURY DE THESE

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR POSTEL

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Chirurgien des hôpitaux du Havre

*Qui fut pour moi un maître
et un ami.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUIS

Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes

Directeur du Centre anti-cancéreux

Commandeur de la Légion d'Honneur

*Lui demandant de trouver
ici l'expression de mon respect
et mes remerciements pour l'in-
térêt qu'il m'a toujours témoi-
gné.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAUTE

Chef du laboratoire central de l'Hôpital Beaujon
Commandeur de la Légion d'Honneur

En témoignage de mon admiration et de ma reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE RENNES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DU HAVRE

A MONSIEUR LE DOCTEUR VANNIER

Ancien interne des hôpitaux de Paris

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse et nous a guidé
de ses conseils, en le remerciant
respectueusement de son aide.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOIR

Directeur du Bureau d'hygiène du Havre
Officier de la légion d'honneur

*Avec tous mes remerciements
pour son aide bienveillante.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS

GUERIN, de Bourgtheroulde ;

TESTARD, du Havre ;

POTE, du Havre.

INTRODUCTION

En 1928 les travaux de Frei et Koppel ont permis de rattacher à la maladie de Nicolas Favre de nombreux cas de rétrécissement inflammatoire du rectum dont la nature était jusque-là très discutée et mal connue.

La preuve formelle de la nature lympho-granulomateuse de ces affections en a été donné par Ravaut, Levaditi; Lambling et Cachera par leurs inoculations au singe de fragments de muqueuse pathologique (1932).

Depuis lors, le caractère positif de la *réaction de Frei* au cours de l'évolution de ces cas est pratiquement considéré par tous comme un argument sans réplique.

Par contre, les discussions restent ouvertes sur le terrain pathogénique ; pour la plupart de ceux qui ont étudié la question, le mode d'inoculation direct par contact sodomique doit être mis en cause, pour d'autres, au contraire, l'inoculation se fait de dehors en dedans par voie lymphatique (théorie de Jersild).

Nous avons eu récemment l'occasion d'observer un malade chez lequel l'histoire de la maladie est inté-

ressante au point de vue pathogénique en ce sens que le contact direct peut être éliminé.

De plus l'inoculation ayant eu lieu aux colonies et de nombreux cas de maladie de Nicolas Favre étant constatés à l'hôpital du Havre où les navigateurs forment une grande partie de la clientèle, il nous a paru intéressant de faire une enquête sur la fréquence de l'origine coloniale dans cette maladie.

OBSERVATION

M. F., âgé de 39 ans, officier à la Compagnie Générale Transatlantique.

Vient consulter le 22 décembre 1937 pour des troubles rectaux qu'il attribue à des hémorroïdes.

Constipation très tenace et qui va en s'aggravant, suintement sero-sanguinolent, à cela s'ajoute un amaigrissement qui atteint 15 kgs depuis un an et une fatigue générale prononcée.

L'examen local montre une région péri-anale fortement irritée avec présence d'un condylome de la grosseur d'un petit pois.

Au toucher on a la surprise de tomber sur un rétrécissement bas situé (6 cm. de l'anūs) en entonnoir et à orifice déjà sténosé puisqu'il n'admet qu'une bougie de Hégar n° 14. Il est infranchissable au petit doigt et au rectoscope. Les parois sont lardacées et facilement saignantes.

En interrogeant le malade plus à fond, on apprend que deux ans auparavant, il a effectué un séjour de 18 mois aux Antilles et qu'à ce moment il a été soigné pour une adénopathie inguinale étiquetée « bubon

des pays chauds », mais il est probable qu'on avait déjà soupçonné la maladie de Nicolas Favre, car il a reçu un traitement iodé. Le toucher rectal pratiqué à cette époque n'avait rien montré.

Une réaction de Frey est alors demandée et effectuée par M. le docteur Vinzent, chef de laboratoire des hôpitaux du Havre. Elle se montre entièrement positive.

Le malade a été interrogé confidentiellement et a nié d'une façon qui semble absolument sincère toute pratique sodomique.

Le traitement suivant a été institué : dilatation diathermique du rectum à raison de trois séances de 20 minutes chacune par semaine.

Suppositoires désinfectants à l'oxychlorure de Bis.
20 injections I. veineuses de solution de Lugol.

Le malade repart au début de février très amélioré. La constipation est moins tenace, les suintements presque complètement disparus, et l'on parvient à passer la bougie de Hégar n° 19. L'examen local montre un élargissement très net de la partie sténosée se faisant dans le sens antéro-postérieur.

Des injections d'antimoine seront pratiquées à bord.

THEORIES PATHIOGENIQUES DES RETRECISSEMENTS LYMPHOGRANULOMATEUX

Il existe deux théories tendant à expliquer la production des rétrécissements inflammatoires du rectum, la maladie de Nicolas Favre étant en cause.

Pour les uns, la propagation se fait d'avant en arrière.

Pour les autres, l'inoculation est directe et la propagation se fait de dedans en dehors.

Rappelons-les brièvement.

THÉORIE DE LA STASE LYMPHATIQUE DE JERSILD

La maladie de Nicolas Favre revêt de nombreux aspects cliniques (tous d'ailleurs ne sont probablement pas connus).

Nous connaissons :

A) des formes ganglionnaires parmi lesquelles une forme inguinale typique : la classique paradénite inguinale de loin la plus fréquente et des formes atypiques extra-inguinales (adénites axillaires et cervicales principalement);

B) des formes extra-ganglionnaires ano-recto-génito-pelviennes qui peuvent être partielles ou totales.

Comme formes partielles, les rectites, les sténoses et les fistules, l'esthiomène de Huguier, les périmetrosalpingites de Ravaut.

Comme forme totale le syndrome de Jersild.

C) Nous parlerons pour mémoire des formes cutanées (P. Chevallier, 1932), intestinales (Goedel, 1929), méningées, peut-être même de certains tabès où le Frei est positif.

A part ces dernières lésions dont la pathogénie est bien obscure, la plupart s'expliquent aisément — et la clinique le démontre — par une inoculation directe évidente (micro-chancres paradéniques) avec envahissement des collecteurs lymphatiques régionaux.

Mais comment expliquer le syndrome de Jersild ? Comment expliquer des lésions si étendues et le fait que le stade ultime de la rectite, le rétrécissement soit toujours situé, comme dans notre observation au même point, à 6 m. environ de l'anus ?

Pour Jersild voici le processus :

1° Une lésion initiale quelconque (chancres syphilitiques, chancres mou, plaie, etc...) de la région péri-anale avec adeno-lymphagite inguinale produit au niveau de ces ganglions et dans leurs troncs afférents un arrêt de la circulation lymphatique.

2° La lymphe se déverse par les lymphatiques rectaux vers les ganglions du meso-rectum (ganglion de Gerota) d'où recto-anale et oblitération postérieure.

3° Entre ces deux oblitérations se produit une stase lymphatique occasionnant :

a) Si l'oblitération antérieure est périnéale : une infiltration rectale et péri-anale comme dans notre observation.

b) Si l'oblitération antérieure est inguinale ou dans les collecteurs inguinaux : infiltration ano-recto-génitale.

Mais, comme le fait remarquer Favre, cette stase « fait de l'œdème non de l'inflammation ».

L'infiltration est en effet mécanique et l'inflammation elle-même due au virus. Ce virus, présent dans les lymphatiques où la stase se produit, va diffuser et l'inflammation se produira à la faveur d'une infection secondaire minime. Le rectum hyperseptique sera un milieu tout particulièrement destiné à cette association.

Dès lors la pathogénie s'éclaire, la muqueuse irrégulière enflammée, congestive, va s'ulcérer, saigner, suppurer, d'où les hémorragies, les glaires, les sécrétions séro-purulentes constamment relevées dans l'histoire de ces malades.

Le processus inflammatoire se poursuivant, on aboutit peu à peu à la sclérose ou rétrécissement proprement dit, aux néo-formations telles que les condylomes, enfin à la sténose.

Cette extension peut d'ailleurs donner un ordre inverse d'apparition des symptômes, c'est-à-dire sténose d'abord et rectite ensuite. Ce processus très fréquent surtout chez la femme montre encore mieux l'évolution du dehors en dedans de l'affection.

Il est évident qu'en cas d'inoculation primitive intra-rectale par sodomie passive, le processus lymphangitique se ferait, inversement, de la muqueuse vers les espaces périrectaux. De là on peut aboutir aux lésions complexes dont nous avons parlé plus haut (syndrome de Jersild) ; ceci est beaucoup plus rare, l'affection ayant beaucoup plus de chemin à parcourir.

THÉORIE DE L'INOCULATION DIRECTE

C'est celle qui est admise par tous ceux ou presque qui ont étudié la question.

En ce qui concerne les rétrécissements inflammatoires il est un fait clinique un peu déconcertant au prime abord et qu'il convient d'exposer :

Les rétrécissements sont un peu plus fréquents chez la femme que chez l'homme au cours de la maladie de Nicolas Favre? Les rectites, par contre, sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme.

Au congrès de chirurgie de 1934, Lambling et Bensaude ont apporté une statistique portant sur 128 cas de rétrécissement, dont 69 chez la femme et 59 chez l'homme, et sur 56 cas de rectite dont 50 hommes et 6 femmes.

Rachet et Cachera, en 1937, citent 17 ano-rectites chez l'homme pour 5 chez la femme et 18 sténoses chez la femme pour 9 chez l'homme.

Voici d'ailleurs ce que dit Lambling dans un récent article à ce sujet (*Revue Médicale Française*, juin 1937) :

« L'inoculation rectale directe est indispensable
« pour créer la lésion et cette lésion, d'abord superfi-
« cielle passe nécessairement par le stade de rectite,
« la contamination génitale habituelle donne lieu à
« une infection vaginale profonde, dont l'extension
« est, non pas inguinale, mais pelvienne ; elle peut
« gagner ainsi le rectum de dehors en dedans de la
« paroi vers la lumière, créant d'abord la sténose,
« puis secondairement la rectite ».

« Ainsi s'explique la grande rareté de la lympho-
« granulomatose inguinale chez la femme dont les
« vénéréologues s'étaient autrefois étonnés, et inver-
« sement la fréquence, reflétée plus ou moins par
« toutes les statistiques du rétrécissement dans le
« même sexe. Chez l'homme la sodomie intervient
« comme facteur de localisation rectale d'une infec-
« tion habituellement génito-inguinale.

« Enfin de ces différentes constatations, il ressort
« également que quelque soit le mode de contamina-
« tion superficiel ou profond, la lésion rectale appa-
« raît comme une manifestation directement infec-
« tieuse ».

L'hypothèse de Jersild n'aurait pour Lambling un intérêt primordial que pour avoir suscité et orienté les recherches cliniques et biologiques de ces dernières années.

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Que penser dès lors de l'histoire de notre malade ? A la lumière de ces théories comment l'expliquer, et que peut-on en déduire ?

Ce en quoi cette observation semble bien intéressante, c'est le fait que deux stades se sont succédés, un stade banal, dirons-nous, puis après guérison clinique apparente complète, deuxième stade purement ano-rectal.

On pourrait certes à première vue douter de la sincérité du malade au sujet du mode de contagé, penser à une erreur de diagnostic rétrospectif en ce qui concerne le premier stade et suspecter une inoculation rectale directe. La personnalité du malade, son métier, le peu d'intérêt qu'il aurait à dissimuler et enfin son accent de sincérité, nous ont conduit à ne plus douter un seul instant de sa sincérité.

Le fait qu'il a été traité il y a 18 mois de sa première affection par des injections d'iode, nous ont donc fait admettre le diagnostic de paradénite inguinale d'origine vénérienne avec propagation vers le rectum par la suite puisque chez l'homme l'accident primitif ne peut dans ce cas avoir cette localisation.

Il ne nous est pas possible de parler du syndrome de Jersild à ce propos, puisque la lésion inguinale est guérie et qu'on ne trouve qu'un rétrécissement et des lésions anales ou proches de l'anus. La lésion n'est pas suffisamment étendue et force nous est d'invoquer une propagation d'avant en arrière. Il est donc logique de penser à l'évolution suivante :

Le malade a présenté une poradénite inguinale typique d'origine vénérienne, cette lésion s'est amenée à la suite d'un traitement rationnel qui, à notre avis, malgré une guérison apparente, n'a pas suffisamment été poursuivi.

L'évolution des lésions inguinales a produit une sclérose qui, elle-même, a occasionné une oblitération non pas inguinale ou dans les lymphatiques collecteurs inguinaux, mais relativement en arrière dans la région péri-anale.

D'où stase dans les lymphatiques du méso-rectum. Le rectum, peut-être rendu encore plus septique que normalement par une constipation habituelle, a fourni l'infection secondaire nécessaire à la formation d'une lésion. Cette lésion s'est caractérisée par des glaires, des hémorragies, une constipation allant en s'aggravant, des symptômes généraux sensibles : fatigue et amaigrissement, ceci représentant vraisemblablement un stade de rectite avec inflammation péri-anale.

Enfin le stade de rétrécissement que nous avons eu l'occasion de constater et de décrire.

Que pourrions-nous en déduire ?

1^o Que la stase lymphatique, surajoutée à l'infection ont joué un rôle primordial dans cette évolution et que par conséquent la théorie de Jersild semble vraie dans ce cas ;

2^o Que la sodomie passive n'est pas indispensable pour occasionner des rétrécissements inflammatoires lympho-granulomateux du rectum.

Cette observation nous a donc semblé intéressante et rare en ce sens qu'elle remet en valeur une théorie quelque peu tombée en désuétude. Il est évident que nous ne saurions prétendre que ce processus est fréquent et que la sodomie passive ne doive être recherchée systématiquement dans ce cas.

Mais si les rétrécissements lympho-granulomateux sont d'origine sodomitique, ils ne le sont pas forcément.

La propagation par voie lymphatique dans des cas exceptionnels d'ailleurs, est très possible et ceci même en cas de guérison apparente de la localisation initiale.

Au point de vue prophylaxie et traitement, il nous semble donc que plus que jamais la maladie de Nicolas Favre doit être considérée comme une maladie vénérienne d'une grande gravité et qu'il convient de continuer le traitement d'une poradénite longtemps après la guérison apparente du bubon. Nous espérons ainsi éviter les propagations de cette maladie, propagations redoutables que nous ne pouvons pas encore à l'heure actuelle, prétendre connaître toutes. N'a-t-on pas provoqué ces années dernières

par inoculation chez le singe, des lésions analogues au tabès. Des auteurs roumains : Jonesco — Mihailesti — Tupa — Wismer — Badewski, ont injecté au singe par voie transcrânienne et intrapéritonale du pus de ganglions lympho-granulomateux et ont obtenu un tableau clinique pseudo-tabétique. A l'autopsie, on constatait une déquiescence du faisceau de Goll. Le Frei est d'ailleurs positif dans certains tabès chez l'homme. Sans aller si loin (et suivant en cela l'opinion de Levaditi) nous pouvons cependant craindre dès la primo-infection des localisations ultérieures, sans pouvoir en prédire le siège, sans même peut-être en reconnaître la nature.

REPARTITION GEOGRAPHIQUE

Au cours de ces dernières années la maladie de Nicolas Favre a été signalée un peu partout dans le monde entier. Il est de notion courante que cette affection est d'origine coloniale et qu'il faut incriminer la dernière guerre mondiale et l'intensité des échanges internationaux de notre époque pour sa propagation. De nombreux auteurs ont donné leurs statistiques concernant des cas observés dans l'Est-Africain (J. W. Graham), en Chine (Gray), aux U. S. A. (Pierce 35) (Gray 36), en Indo-Chine, aux Antilles, en Angleterre, en A. E. F., en Allemagne. La répartition peut donc être considérée comme mondiale. En France même où cependant nous ne l'observons guère que chez des voyageurs, il a été signalé des cas autochtones. A Caen notamment, en 1936, pour 4 cas chez des femmes avec association d'ailleurs avec le bacille de Ducrey. Ces considérations étiologiques ont d'ailleurs été prises en considération en France; en 1935, en effet, l'inspection générale du Service de Santé demandait aux différentes colonies de déterminer la fréquence de la lymphogranulomatose dans leur territoire.

Les rapports confirmèrent la présomption d'origine vénérienne de cette maladie, son association fréquente avec d'autres lésions vénériennes et qu'un peu partout il y avait des « îlots » de contagions entourés de zones parfois immenses indemnes.

A Madagascar par exemple, Fort-Dauphin, Manaryary donnaient 20 cas par an, alors que Tamatave par exemple, n'en donnait pas.

En six mois, l'Indochine apportait un contingent de 58 malades, dont 45 Européens.

La colonie qui donnait le plus grand nombre de cas, surtout étant donné sa population, était la Martinique : 12 cas en 1935, 12 l'année suivante. A la Guadeloupe, 18 cas à Saint-Claude et au Moule.

Partout la symptomatologie était la même qu'en Europe avec des associations plus fréquentes. Certaines formes étaient plus fréquentes, suivant les régions : ainsi les fistules, rares en A. O. F. s'avéraient plus nombreuses en Indochine.

Ce rapport était d'autant plus intéressant qu'il faisait ressortir le fait que ce que jusqu'alors on avait appelé « bubon climatique » ou « bubon des pays chauds » n'était autre que la maladie de Nicolas Favre.

Au cours des deux années passées dans les hôpitaux du Havre, nous avons été frappés par la fréquence relativement grande de cette maladie considérée cependant comme rare. Dans le service chirurgical du docteur Postel, service non spécialisé cependant, en un an, nous avons souvenir d'avoir eu 4 cas de pora-

dénite inguinale, dont 3 chez des navigateurs venant des Antilles et un chez un Martiniquais.

Il nous a donc semblé intéressant d'aller demander à ce sujet quelques renseignements à M. le docteur Vinzent, chef de laboratoire des hôpitaux du Havre, qui nous a dit pratiquer annuellement au Havre 60 réactions de Frei, dont 40 positives environ. Or, détail curieux, les 2/3 de ces malades sont des navigateurs venant de la Martinique, Fort-de-France, Pointe-à-Pitre. Notre malade en est un exemple. Cette ligne maritime est de loin celle qui fournit le plus fort contingent. La zone de contagion des Antilles serait due à la fréquence de la lympho-granulomatose chez les noires de ces colonies.

Les quelques autres cas sont d'origines diverses et quelques rares contaminations autochtones ont été constatées.

Ces chiffres peuvent paraître énormes au premier abord pour une ville de l'importance du Havre, mais il faut songer à l'énorme passage humain qu'il s'y fait, à l'importance des lignes maritimes qui aboutissent dans son port où voisinent les longs-courriers de toutes nations et de toutes origines. Comment dès lors ne pas comprendre la fréquence à notre « Porte Océane » d'une maladie dont l'origine exotique et surtout Antillaise est si fréquente.

CONCLUSIONS

Nos conclusions seront d'ordre pathogénique, prophylactique et étiologique.

I. — Au point de vue pathogénique, nous pouvons dire que si les rétrécissements inflammatoires lymphogranulomateux du rectum sont bien la plupart du temps dus à une inoculation directe par sodomie passive, et ceci surtout chez l'homme, il est aussi des cas où, en dehors de toute sodomie, une poradénite inguinale après guérison apparente de plusieurs années peut, sans se réveiller elle-même, occasionner par voie lymphatique, des complications ano-rectales.

II. — Au point de vue prophylactique :

Tout malade guéri cliniquement d'une poradénite inguinale devra continuer pendant de longs mois un traitement d'entretien, destiné à enrayer si possible la propagation du virus.

III. — Au point de vue étiologique :

Nous insistons sur l'importance du foyer de contamination des Antilles, sans pouvoir en tirer d'ailleurs de

conclusions pratiques appréciables, la prophylaxie du micro-chancere lymphogranulomateux étant en l'état actuel de nos connaissances, parfaitement illusoire.

Vu : le Doyen de la Faculté,

TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,

L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- MARCEL ATTAL. — Rétrécissement du rectum et maladie de Nicolas Favre (thèse de Paris 1932).
- BENSAUDE ET LAMBLING. — Maladie de Nicolas Favre et lésion ano-rectales simples, fistules isolées (*Paris, Méd.* n° 18, 30 avril 1932).
- P. CHEVALLIER. — Formes cutanées de la maladie de N. F. (*Bull. soc. Fr. de D. et S.* Nov. 1932).
- BERNARD CUNÉO. — Les localisations ano-rectales de la maladie de N. F. (*Paris Méd.* n° 14 du 6 avril 1934).
- K. V. EARLE. — Lymphogranuloma inguinale acquired in England (*Lancet*, 21 july 1934).
- GOEDEL. — Contribution à l'étude du lymphogranulome primitif isolé de l'intestin (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 14, 4 avril 1929).
- GOHRBAUDT. — *Archiv. für klinische chirurgie*, tome CLXXVII, octobre 1933 in : *Journal de Chirurgie*, n° 3, septembre 1934.
- D. W. GOLDSTEIN et D. T. BYARS. — Lymphogranuloma inguinale preliminary report of 2 cases from Arkansas (*J. Arkansas M. Soc.* fév. 1934).

- PH. GOTTLIEB. — Localisation genito-ano-rectale de la lymphogranulomatose (maladie de N. F.). *Société de gynécologie de Bucarest*, février 1933 ou *Revue française de gynécologie et d'obst.* n° 4, avril 1933.
- J. W. GRAHAM. — Three cases of lymphogranuloma inguinale in African natives (*East African M. J.*, 10 July 1933).
- J. GRAY et J. Y. C. YICH. — Lymphogranuloma inguinale among Chinese (*Chinese Med. J.* 48, July 1934).
- HISSARD et LE CHEVALLIER. — Premiers cas autochtones de chancres mous et de maladie de N. F. à Caen depuis la guerre. (*Bull. de la Sté Fr. de dermat. et syph.* séance du 2 avril 1936 ; n° 4, avril 1936).
- LAEDERICH-LEVADITI, MAMOU et H. BEAUCHEONE. — Rétrécissement inflammatoire du rectum ; forme aberrante de la maladie de N. F. Inoculation au singe posit. (*Sté de Méd. des hop. de Paris*. Séance du 24-6-32).
- H. MAMOU et H. BEAUCHEONE. — *Bull. et Mém. Sté Méd. des Hôpit. de Paris*, 48, 4 juillet 1932.
- ANDRÉ LAMBLING. — Lympholome ano-rectal de Fournier et lymphogranulomatose rectale (maladie de N. F.). Identité clinique et lésion. (*Revue méd. Fr.* n° 7, octobre 1934).
- ANDRÉ LAMBLING. — Les localisations rectales de la maladie de N. F. — considérations pratiques (*Revue Méd. Française*, n° 6, juin 1937).
- C. MASSIAS. — Maladie de N. F. en Cochinchine. *Bulletin Société path.*, col. 27, 1934.

- J. NICOLAS et M. FAVRE. — Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique ; localisation oberrante de la maladie de N. F. (*Bulletin Sté Fr. de dermatol. et syph.*, 38, janvier 1931).
- J. V. et F. LEBEUF. — Nature de la maladie de N. F. (*Journal de Méd.*, 10 juillet 1933).
- J. NICOLAS et FAVRE. — Retrécissement du rectum d'origine lymphogranulomateuse. (*Réunions Dermat. de Lyon*). S. 19-3-36, *Bull. de la Sté Fr. de D. et S.* n° 5, 1936.
- J. PEUNANEAC'H. — A propos d'adénite inguinale d'Extrême-Orient. Les conceptions actuelles des infections. Lymphogranulomateuses et chancrelleuses (*Archives de méd. et de Pharmacie navale*. Juillet, août, septembre 1933, n° 3).
- L. PETERSON. — Rétrécissement inflammatoire du rectum et lymphogranulomatose inguinale (*Finska Läkarsal. Handlingar*. T. LXXV, juillet 1933. In *Journal de Chir.* N° 5. Novembre 1934).
- J. RACHET et R. CACHERA. — Les localisations ano-restales de la maladie de N. F. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*, 27, n° 1. Janvier 1937).
- RAEPVERSTEDT. — La lymphogranulomatose inguinale en Suède ; sa fréquence et son traitement (*Office international d'hygiène publique*, n° 10, octobre 1936).
- T. W. ROSS et R. T. KAUPP. — Granuloma inguinale beginning lesions contracted in United States (*North-west méd.* 26 : 543. 549. Nov. 1927).
- SOREL. — La lymphogranulomatose dans les colonies françaises (*Office international d'Hygiène publique*. N° 10, octobre 1936).

GASTON RAPHAËL. — Pathogénie et diagnostic des rétrécissements inflammatoires du rectum dus au virus de la maladie de N. F. (Thèse de Paris, 1935). Libr. Le François, 91, boul. St-Germain, Paris.

RAVAUT, P. C. LEVADITI, LAMBLING, R. CACHERA. — La présence de virus de la maladie de Nicolas Favre dans les lésions d'un malade atteint d'ano-rectite-ulcero-végétante. (*Bull. Acad. Méd.* n° 3, 19 janvier 1936).

J. SENEQUE. — Maladie de Nicolas Favre et rétrécissement du rectum (*La presse méd.*, n° 2, janvier 1932).

J. SENEQUE. — Maladie de Nicolas Favre et rétrécissement du rectum. (*La Presse Méd.*, n° 19, 7 mars 1934).

